



## USO DE ESCITALOPRAM EM IDOSOS COM DEPRESSÃO: UM ESTUDO DE REVISÃO

Joanda Paolla Raimundo e Silva<sup>1</sup>; Felipe Oliveira Barbosa<sup>2</sup>; Joanilda Paolla Raimundo e Silva<sup>3</sup>; Francisca Sabrina Vieira Lins<sup>4</sup>; Lianne Carla Batista Alencar<sup>5</sup>

*1 Universidade Federal da Paraíba, joandapaolla.1@gmail.com*

*2 Universidade Federal de Campina Grande, felipeoliveira321@gmail.com*

*3 Universidade Estadual da Paraíba, joanylda\_raimundo@hotmail.com*

*4 Universidade Federal da Paraíba, sabrina@lf.ufpb.br*

*5 Universidade Estadual da Paraíba, lay.alencar@gmail.com*

**Resumo:** O transtorno depressivo maior (TDM) consiste em um dos transtornos mentais mais relevantes que atingem a população idosa. Atualmente os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), representam uma das alternativas terapêuticas mais usadas para TDM, dentre estes, o escitalopram é um dos mais indicados, possuindo uso expressivo. A presente investigação debruçou-se sobre a revisão bibliográfica no banco de dados internacional e nacional, no que se refere ao uso de escitalopram no tratamento de depressão em idosos. Para seleção das publicações a serem incluídas na revisão adotou-se como critérios de inclusão, estudos primários publicados no período 1980 a 2017, utilizou-se os descritores controlados: escitalopram, idosos e depressão. Dentro dessa vertente avaliativa exploratória, foi reunido o nível de publicações científicas referentes a esta temática, perfazendo uma amostra de 11 artigos selecionados nas bases de dados Scielo, PubMed e Science Direct. Em suma, os dados científicos indicam que o escitalopram se destaca entre os ISRS por apresentar segurança e eficácia no seu uso pela população idosa, além do mais os estudos levantados nesta revisão apontam o escitalopram como medicamento de escolha devido ao fácil esquema de dosagem, baixo índice de reações adversas, tolerabilidade na prevenção de recaídas de TDM, menor tempo de resposta ao tratamento e com bons resultados no desempenho cognitivo em idosos, como também ressalta sua associação positiva com formas de tratamento não farmacológico. Sendo então o escitalopram uma importante alternativa terapêutica que deve ser levada em menção nos protocolos dos transtornos depressivos em pacientes da terceira idade, como também deve ser apresentado como tal aos profissionais de saúde para que assim a população idosa encontre nos meios de saúde uma equipe multidisciplinar que entenda suas necessidades e saiba pontuar o melhor tratamento.

**Palavras-chave:** TDM, Serotonina, ISRS.



## **INTRODUÇÃO**

A velhice é uma fase do desenvolvimento humano permeada por diversas alterações biológicas, psicológicas e sociais, que necessitam de atenção em todos os aspectos que a compõem, em especial aos problemas de saúde que são marcantes nesta fase e por vezes limitam a qualidade de vida dos idosos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Os transtornos depressivos são considerados uma das maiores causas de sofrimento emocional e de diminuição da qualidade de vida, representando uma patologia que ocorre com frequência entre os idosos, constituindo um problema de grande magnitude para a saúde pública, devido à sua morbidade e mortalidade (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; BARBOSA; TEIXEIRA, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 2005 e 2006, 183.428 idosos foram relacionados a casos de depressão no Brasil. Em pesquisa divulgada em 2014, o IBGE aponta que 11,2 milhões de adultos foram diagnosticados com depressão, sendo a prevalência entre idosos de 11,1% (BOSE; GANDHI, 2007; BRASIL, 2014). Frade e colaboradores (2015) em sua pesquisa advertiram que sintomas depressivos por vezes estão envolvidos em situações onde os idosos vivem sozinhos, são viúvos ou estão institucionalizados.

A farmacoterapia antidepressiva em idosos deprimidos pode ser um desafio, pois as evidências sugerem que há grande variabilidade na magnitude e características temporais na resposta ao tratamento, além disso, questões de segurança e tolerabilidade, incluindo potenciais interações medicamentosas, são primordiais, pois os pacientes idosos têm regimes terapêuticos cada vez mais complexos e, em geral, são mais sensíveis aos potenciais efeitos adversos do tratamento (VINK et al., 2008).

Neste cenário o escitalopram que pertence aos ISRS, vem sendo indicado como uma alternativa segura e eficaz no tratamento da depressão em idosos (BLAZER et al., 1987; BOSE; GANDHI, 2007; VINK et al., 2008). Nesse sentido, o presente estudo objetivou levantar dados a fim de investigar o processo e o contexto no qual o escitalopram atua na depressão em pacientes idosos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional, na qual foram analisados documentos de relevância científica. Para seleção das publicações a serem incluídas na revisão adotou-se como critérios de inclusão: estudos primários, publicados no



período 1980 a 2017, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, realizados com pessoas de 60 anos ou mais.

Realizou-se busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed) e Science Direct. Utilizou-se os descritores controlados: Escitalopram, idosos e depressão, obtendo-se 26 estudos nas bases de dados citados. Selecionando-se, ao final, 11 (onze) estudos. Tais estudos foram incluídos na amostra desta revisão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Aspectos gerais da depressão em idosos**

No ano de 2025 está previsto para o Brasil ocupar o sexto lugar na classificação mundial em número de idosos, com cerca de 34 milhões (15% da população total). Neste fato está implícito que os serviços de saúde precisarão ser atentos a este fato, visto que o idoso geralmente requer mais serviços de saúde devido à prevalência de doenças crônicas e presença de comorbidades, desta forma o governo e a sociedade devem desenvolver formas alternativas de caráter preventivo para as doenças que mais acometem os idosos, tais como a depressão (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; INOUYE et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta que a depressão será a segunda maior questão de saúde pública em 2020. A síndrome da depressão inclui sintomas como mau humor persistente, perda de interesse e disposição, levando, muitas vezes, a prejuízos cotidianos do desempenho e da qualidade de vida da pessoa acometida (STELLA et al., 2002; BRATS, 2012; BRETANHA, 2015).

A depressão é diagnosticada por escalas subjetivas, em sua maioria baseadas na 4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) elaborado pela American Psychiatric Association, que define o transtorno depressivo maior (TDM), a forma mais comum da síndrome de depressão (BRATS, 2012).

Uma maneira efetiva para percepção de quadros de ansiedade e depressão perfaz na atenção aos idosos, como também conhecer os fatores de riscos, pois estes ajudam a aumentar o poder de detecção da doença. A prevalência dos fatores de risco, tais como a deterioração da saúde física, declínio cognitivo, perdas pessoais mais frequentes e a diminuição do contato social com o avanço da idade pode explicar o impacto dos fatores de risco para a depressão (STELLA et al., 2002).



A detecção precoce e o tratamento ajuda a reduzir os sintomas, aumentar a qualidade de vida e prevenir um prognóstico desfavorável. No entanto, as consequências negativas de uma desordem nem sempre são evitadas através de tratamento (BEEKMAN et al., 2001).

Kendler (1996) argumenta que esses transtornos podem facilmente ter uma base genética comum em que variáveis ambientais podem ajudar a determinar o conjunto de sintomas predominantes. A prevalência de sintomas depressivos na população requer investimento em ações de promoção em saúde, atentando para práticas que estimulem o envelhecimento ativo e diminuam a incapacidade funcional (BRETANHA et al., 2015).

Dentre as principais implicações clínicas advindas da patologia depressiva encontram-se as interferências no sono, memória e cognição. O sono de idosos apresenta maior número de interrupções e a uma discreta diminuição da profundidade do sono. Há a probabilidade do fator idade avançada somado a presença de episódio depressivo resulte em um número ainda maior de despertares noturnos (XAVIER et al., 2001).

Testes neuropsicológicos mostram que idosos deprimidos pontuam diferentemente de idosos-controle, apresentando déficit cognitivo. Em diferentes estudos, sujeitos deprimidos mostraram significativo comprometimento do desempenho no teste de lembrança imediata da lista de palavras (XAVIER et al., 2001; NORDON et al., 2009; SOUZA et al., 2009).

No que tange ao suicídio entre pessoas idosas, alguns estudos apontam um alto índice, o *WHO/Euro Multicentre Study of Suicidal Behaviour*, realizou estudo em 13 países europeus, onde relatou que 29,3/100.000 realizaram o ato, com 61,4/100.000 de tentativas de suicídio (DE LEO et al., 2001). Baptista et al. (2006) afirma que idosos tendem a comunicar menos, bem como são mais letais em seus comportamentos suicidas, agravando assim esta situação.

Para Inouye e colaboradores (2008), um envelhecimento bem sucedido, está onde o idoso é pró-ativo, ciente dos seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Neste contexto a prática de exercício físico perfaz uma boa alternativa não farmacológica para ser usada na redução dos sintomas de ansiedade e depressão (CHEIK et al., 2003).

## **Farmacoterapia**

No que concerne a farmacoterapia da depressão, ela é ampla e abrange numerosas classes de fármacos que atuam de modo a restabelecer a qualidade de vida do indivíduo, reduzir as reincidências dos quadros depressivos, diminuir a necessidade de internação hospitalar, evitar o suicídio, garantindo uma boa adesão do paciente, com o mínimo de efeitos



adversos. Há carência de evidências científicas acerca deste contexto em comparação a placebos (MERCEDES, 2003; IBANEZ et al., 2014; RIBEIRO et al., 2014).

Os antidepressivos reduzem a reincidência das crises depressivas, porém os efeitos adversos são as causas mais comuns para o abandono da terapia. Quando a farmacoterapia é necessária, sugere-se que se opte por medicamentos sobre os quais há maior experiência de uso e disponibilidade, sendo orientada uma análise do perfil do paciente quanto aos possíveis efeitos adversos (BRATS, 2012).

Em 1987, o tratamento da depressão foi revolucionado com a introdução dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), sendo a fluoxetina o primeiro ISRS introduzido, atualmente esta classe de antidepressivos são os mais populares, estes têm sido preferidos por apresentar menos riscos de complicações por efeitos adversos. (SCALCO, 2002). Dentre eles os mais conhecidos são a fluoxetina, citalopram, sertralina, paroxetina e escitalopram. Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (ISRSN) também possuem amplo uso. Os antidepressivos de maior uso na terapêutica no passado foram os antidepressivos tricíclicos (ADTs) e os inibidores da monaminoxidase (IMAOs) (MORENO et al., 1999). Porém, diferentes antidepressivos podem ser preferíveis para diferentes pacientes, de acordo com a necessidade clínica individual.

O ciclo metabólico da serotonina (5-HT) envolve a sua síntese, captação em vesículas sinápticas, exocitose, recaptação no citoplasma e captação em vesículas ou degradação. É importante assinalar que pode ocorrer regulação dos níveis de neurotransmissão da 5HT e noradrenalina (NE) em qualquer uma dessas etapas. A inibição da recaptação de serotonina aumenta os níveis sinápticos de serotonina, produzindo aumento de ativação do receptor de 5HT e intensificação das respostas pós-sinápticas. Em baixas doses, acredita-se que os ISRS ligam-se primariamente aos transportadores de 5HT, ao passo que, em doses mais altas, perdem essa seletividade e ligam-se também aos transportadores de NE (GOLAN et al., 2014).

### **Escitalopram**

O escitalopram (*S*-citalopram) que é o enantiômero *S* do citalopram, é o ISRS mais seletivo disponível, enquanto o outro enantiômero, *R*-citalopram, é aproximadamente 30-40 vezes menos potente do que o enantiômero *S* (BRAESTRUP; SANCHEZ, 2009).

O escitalopram tem uma farmacocinética linear, de modo que os níveis plasmáticos aumentam proporcionalmente e previsivelmente com doses aumentadas. Sua meia-vida de 27 a 32 horas é consistente com uma dosagem diária. Além disso, o escitalopram tem efeitos



insignificantes sobre as enzimas metabolizadoras de fármacos do citocromo P450 *in vitro*, sugerindo um baixo potencial para interações medicamentosas (BURKE, 2002).

O escitalopram mostrou ter melhor perfil de eficácia e segurança do que outros ISRS e ISRSN (PASTOOR; GOBBURU, 2014). Os eventos adversos mais comuns associados ao escitalopram que ocorreram a uma taxa superior ao placebo incluem náusea, insônia, perturbação da ejaculação, diarreia, secura da boca e sonolência, apresentando uma baixa taxa de interrupção por eventos adversos (BURKE, 2002).

Diversos estudos apontam que o escitalopram tem melhor eficácia no tratamento da depressão grave em comparação ao citalopram em magnitude do efeito e tempo de início. Esta evidência concede suporte ao uso de escitalopram como um tratamento de primeira linha para TDM, a melhora os sintomas depressivos em pacientes com TDM associado ao benefício potencial no tratamento de doentes com comorbidades, colocam o escitalopram, como terapia de primeira linha para pacientes idosos (AZORIN et al., 2004; LLORCA et al. 2005; YEVTUSHENKO et al., 2007; MONTGOMERY et al., 2011).

O escitalopram foi eficaz e bem tolerado para o tratamento de fase aguda da depressão grave na população chinesa no estudo de SI e colaboradores (2017). O escitalopram está indicado para uso em pacientes com transtorno de pânico na Europa e, evidências confirmam o uso eficaz no tratamento de transtornos de ansiedade (WAUGH; GOA, 2003). No estudo de Bergman et al, (2014) o escitalopram surgiu como opção terapêutica bem tolerada, cujo únicos efeitos secundários detectados, foram leves e transitórios (náuseas e cefaleias) no tratamento de indivíduos idosos com alucinações musicais relacionada com transtorno obsessivo-compulsivo.

No trabalho de Mohamed e colaboradores (2006) as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas associadas ao envelhecimento tiveram atenção especial nos ensaios de medicação em doentes idosos. Através de ensaio-piloto aberto, de dose flexível (10-20 mg/d), com pacientes com idade > 65 anos que apresentavam escala de classificação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) de 22 e uma escala de Hamilton para Ansiedade (HAM-A) > ou = 18, neste estudo, o tratamento com escitalopram 10 a 20 mg/dia durante 12 semanas esteve associado a melhorias significativas nos sintomas de depressão e ansiedade em idosos.

O escitalopram demonstrou eficácia e tolerabilidade na prevenção de recaídas em pacientes idosos com TDM, em análise pós-hoc que comparou o tempo de recaída para pacientes jovens (n = 197) com o de idosos (n = 108). Pacientes jovens e idosos com TDM apresentaram taxas comparáveis de remissão após uso do escitalopram, e ambos os grupos de



idade apresentaram taxas de recidiva muito mais baixas com escitalopram do que com placebo (LYKETSOS et al., 2011), fato condizente ao encontrado por Dolberg et al. (2014).

No estudo de Gorwood (2007) investigou-se a eficácia e tolerabilidade do escitalopram na prevenção de recaídas de transtorno depressivo em pacientes idosos que haviam respondido ao tratamento agudo com escitalopram, para tanto um total de 405 com 65 anos ou mais com o diagnóstico de depressão, participaram do estudo aberto duplo cego com uso do escitalopram 10 ou 20 mg por dia. O parâmetro primário de eficácia foi o tempo até à recaída, Trezentos e cinco pacientes obtiveram remissão e foram distribuídos aleatoriamente para tratamento com escitalopram (n= 152) ou placebo (n=153). A análise preliminar mostrou um efeito benéfico evidente do escitalopram em relação ao placebo no tempo para a recaída. O risco de recidiva foi de 4,4 vezes maior para placebo do que nos doentes tratados com escitalopram. Significativamente menos pacientes tratados com escitalopram tiveram recaídas (9%) em comparação com o placebo (33%). 53 pacientes (13%) apresentaram efeitos adversos. Sendo o escitalopram bem tolerado como tratamento de manutenção.

Manning e colaboradores (2015) investigaram a associação entre o relato subjetivo do funcionamento executivo em reclamações e o tempo de resposta ao tratamento do escitalopram em idosos com TDM. Com uma população de 100 pacientes em um ensaio de 12 semanas de uso do escitalopram. Os efeitos mistos da análise revelaram um grupo significativo de interação em tempo, predizendo que idosos deprimidos que relataram funcionamento executivo queixas no início do estudo demonstraram uma resposta mais lenta para escitalopram do que aqueles sem queixas de funcionamento executivo. Sendo o auto-retrato de dificuldades no funcionamento executivo uma ferramenta útil no indicador de prognóstico para a velocidade subsequente da resposta ao antidepressivo.

Alexopoulos et al. (2015) em sua pesquisa verificou o controle cognitivo e a tomada de decisão relacionada à recompensa como indicador de depressão em pacientes idosos tratados com escitalopram. A disfunção das funções de controle cognitivo demonstrou ser capaz de indicar o declínio dos sintomas e a probabilidade de remissão da depressão tardia tratada com escitalopram. E indicou que este teste pode ser utilizado para selecionar doentes idosos deprimidos com risco de resultados desfavoráveis para ISRS que podem necessitar de psicoterapia estruturada de suporte.

Lavretsky (2010) em seu estudo demonstrou o exercício corpo-mente, Tai Chi Chih (TCC), adicionado ao escitalopram na remissão sintomática e melhorias no funcionamento da saúde e desempenho cognitivo de idosos. 112 pacientes foram tratados com escitalopram por cerca de 4 semanas. 73 pacientes utilizaram o escitalopram por 10 semanas adjunto de 1) TCC



por 2 horas por semana ou 2) educação para a saúde (HE) por 2 horas por semana. O estudo demonstrou que os indivíduos que fizeram uso do escitalopram e TCC eram mais propensos a mostrar uma maior redução dos sintomas depressivos e melhorias significativamente no funcionamento físico e testes cognitivos, como também apresentaram um declínio no marcador inflamatório, proteína C reativa, em comparação com o grupo de controle.

## **CONCLUSÕES**

Com o progressivo aumento da população idosa veio também um número cada vez crescente de idosos com depressão, com várias comorbidades que influem diretamente o bem-estar físico, emocional e psicossocial, com impacto significativo sobre o declínio da qualidade de vida. Havendo uma problemática do tratamento medicamentoso mais eficaz e com menos riscos a esta população. Os estudos levantados nesta revisão apontam o escitalopram como medicamento de escolha devido a eficácia, especificidade, esquema de dosagem, tolerabilidade na prevenção de recaídas de TDM, menor tempo de resposta ao tratamento e no melhoramento do desempenho cognitivo em idosos, como também ressalta sua associação positiva com formas de tratamento não farmacológico.

No entanto, esse contexto de informações carece ser repassada a equipe multidisciplinar envolvida no tratamento dos transtornos depressivos em idosos, para garantir a eficácia do tratamento e proporcionar qualidade da assistência oferecida.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALEXOPOULOS, G.S. et al. Cognitive control, reward-related decision making and outcomes of late-life depression treated with an antidepressant. **Psychological Medicine**, v.45, n.14, 2015.

BARBOSA, J.R.; TEIXEIRA, A.D. Depressão em Idosos: Revisão Bibliográfica no Banco de Dados Internacional. **Net**, 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0848.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

BAPTISTA, M. N. et al. Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. **Avaliação Psicológica**, v.5, n.1, p. 77-85, 2006.



BEEKMAN, A.T.F. et al. Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Journal of Affective Disorders**, v.65, p.131–138, 2001.

BLAZER, D.; HUGHES, D. C., GEORGE, L. K. The epidemiology of depression in an elderly community population. **Gerontologist**, v. 27, p. 281–287, 1987.

BOSE, A.; LI, D.; GANDHI, C. Escitalopram in the Acute Treatment of Depressed Patients Aged 60 Years or Older. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 16, n. 1, 2008.

BRASIL. Pesquisa revela que 57,4 milhões de brasileiros têm doença crônica. **Portal Brasil**, Dez. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

BRATS. Antidepressivos no Transtorno Depressivo Maior em Adultos. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, ano VI, n. 18, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/brats\\_18.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/brats_18.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

BRETANHA, A.F.; FACCHINI, L.; A.; THUMÉ, E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n., p. 11-12, 2015.

BURKE, W.J. Escitalopram. **Expert Opinion on Investigational Drugs**, v. 11, n. 10, p.1477-1486, 2002.

CHEIK, N. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, v. 11, n.3, p.45-52, 2003.

DE LEO, D. et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. v.16, n.3, 2001.



FRADE, J. et al. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, 2015.

GOLAN, D. E. et al. **Princípios de farmacologia**: a base fisiopatológica da farmacoterapia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

GORWOOD, P. et al. Escitalopram prevents relapse in older patients with major depressive disorder. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.15, n.7, p.581-93, 2007.

IBANEZ, G. et al. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 556-62, 2014.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S,C,I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.2, 2008.

KENDLER, K. S. Major depression and generalised anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments-revisited. **British Journal of Psychiatry**, v.30, p. 68- 75, 1996.

LAVRETSKY, H.; SIDDARTH, P.; IRWIN, M.R. Improving depression and enhancing resilience in family dementia caregivers: a pilot randomized placebo-controlled trial of escitalopram. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.18, n.2, p.154-62, 2010.

LIMA-COSTA, M.F.; VERA, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, 2003.

LYKETSOS, C. G. et al. Are old-old patients with major depression more likely to relapse than young-old patients during continuation treatment with escitalopram? **BMC Geriatrics**, v.11, n. 2, 2011.

MANNING, K.J. et al. Executive Functioning Complaints and Escitalopram Treatment Response in Late-Life Depression. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 5, p. 440–445, 2015.



MONTGOMERY, S.; HANSEN, T.; KASPER, S. Efficacy of escitalopram compared to citalopram: a meta-analysis. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 14, n.2, p. 261-8, 2011.

MOHAMED, S. et al. Escitalopram for comorbid depression and anxiety in elderly patients: A 12-week, open-label, flexible-dose, pilot trial. **American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**, v. 4, n.3, 2006.

MORENO, R.A.; MORENO D.H.; SOARES, M.B.M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, s.1, 1999.

NORDON, D. G.; GUIMARÃES, R. R.; KOZONOE, D. Y. Perda cognitiva em idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, Sorocaba, v. 11, n. 3, p. 5-8, 2009.

OLIVEIRA, C.A.; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 3, p.774-81, 2010.

PASTOOR, D.; GOBBURU, J. Clinical pharmacology review of escitalopram for the treatment of depression. **Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology**, v.10, n.1, p. 121-8, 2014.

RIBEIRO, A. G. et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. **Ciência e saúde coletiva**, v. 19, n. 6, 2014.

SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.3, p. 238-246, 2010;

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v.25, n.4, p. 585-593, 2008.



SOUZA, V.L. et al. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. **Revista CEFAC**, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n2/98-08.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

SCALCO, M.Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, sup.1, 2002.

STELLA, et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**, v. 8, n.3, p. 91-98, 2002.

VINK, D.; A.; MARJA, J.; AARTSEN, A. Schoevers Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. **Journal of Affective Disorders**, v. 106, p. 29–44, 2008.

XAVIER, F.M.F. et al. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.2, 2001.

WAUGH, J.; GOA, K.L. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive and anxiety disorders. **CNS Drugs**. v.17, n.5, p. 343-62, 2003.